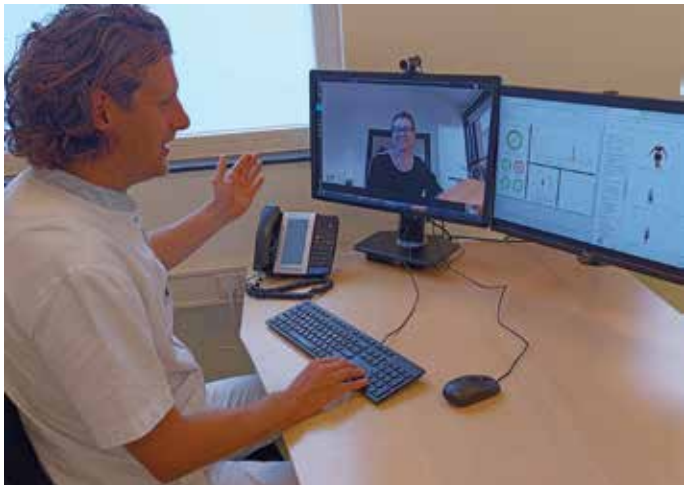
Poliklinische neurorevalidatie in het UMC Utrecht tijdens COVID-19

Hoe blended care de standaard werd

Al jaren wordt er binnen de ziekenhuizen gesproken over zorg op afstand. Met campagnes als De Juiste Zorg op de Juiste Plek en De Zorg voor Morgen probeert men zowel patiënt als behandelaar klaar te stomen voor toekomstbestendige poliklinische (revalidatie)zorg. Onder andere omdat de huidige inrichting van face-to-facezorg onvoldoende efficiënt is om iedereen van goede zorg te kunnen blijven voorzien. Maar onze mogelijk- en vaardigheden voor blended care bleken te beperkt, dus bleven wij onze patiënten met hersenletsel uitnodigen voor een fysiek consult. Tot COVID-19 ons dwong anders te werk te gaan.



Tekst en beeld: Guido Limburg

Door COVID-19 sloot de afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sportgeneeskunde van het UMC Utrecht begin 2020 noodgedwongen de deuren van de polikliniek. Daarmee kwam er, net als in de rest van Nederland, een einde aan alle face-to-facebehandelingen. Toch moest onze revalidatiezorg door, juist voor de patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), die vaak nog in een kritieke fase van herstel verkeerden (vaak de subacute- of het begin van de chronische fase). Ook de zorg voor patiënten met neuromusculaire aandoeningen mocht niet stil komen te liggen, omdat de ziektebeelden vaak progressief zijn en een periode stoppen met revalideren de negatieve ontwikkeling van het ziektebeeld zou kunnen versnellen.

Neurorevalidatie tijdens de lockdown

De verandering in poliklinische (neuro) revalidatie kwam in een stroomversnelling. De transitie van fysieke naar digitale zorg was een feit: met videoconsulten bereikten wij de patiënt. De patiënten met hersenletsel bleken digitaal vaardiger dan wij eerder hadden aangenomen. De patiënten waarbij een videoconsult niet mogelijk bleek, belden we. Minder persoonlijk, maar ook effectief. De fitgroep, waarbij de patiënten twee keer per week kwamen trainen, werd opnieuw vormgegeven. Via de app Physitrack kregen de patiënten hun oefeningen, digitaal of op papier. Aanvullende oefenmaterialen kregen zij per post. De Activiteitenmonitoren, die wij in onze reguliere behandeling al gebruikten, stuurden we onze patiënten ook toe. Op afstand keken wij mee. Beweegt de patiënt voldoende? Hoe gaan de oefeningen? Wekelijks evalueerden we dit via een videoconsult, samen met de patiënt. De multidisciplinaire overleggen gingen door: vanuit huis belden alle disciplines in om de voortgang van de patiënt te bespreken. Samen met onder anderen de revalidatiearts, ergotherapeut en het psychosociaal team konden we een zo optimaal mogelijke behandeling geven.
De implementatie van zorg op afstand ging razendsnel. Behelpen? Dat was het, zeker aan het begin. Maar de patiënten waren tevreden: ondanks alle beperkingen bleven we als behandelteam betrokken.

Terwijl de polikliniek weer langzaam opende, veranderde de mogelijkheid tot gebruik van e-health voor de behandelaars van 'een moetje' naar een waardevol onderdeel van usual care. Wij werden digitaal vaardiger en zagen de waarde van blended care. Er werden keuzes gemaakt: eerste consulten, hands-on therapie en patiënten met weinig/geen digitale vaardigheden of cognitieve problemen zagen wij als eerste weer face-to-face. De rest kreeg nog zorg op afstand, passend bij de zorgvraag.

De zorg van nu

Op dit moment gebruikt 45% van onze behandelaars e-health nog dagelijks en ziet 100% het gebruik van e-health als een waardevolle toevoeging op de poliklinische revalidatiebehandeling (gemeten middels een interne enquête onder de behandelaars op de poli Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sportgeneeskunde binnen het UMC Utrecht, n=47). Toch geeft ook bijna 75% van de behandelaars aan meer ondersteuning te willen bij het gebruik hiervan. De borging blijft een uitdaging waar in geïnvesteerd moet worden.

Inmiddels kunnen wij onze patiënten weer grotendeels fysiek zien, maar nog steeds gebruiken we e-health binnen onze revalidatiebehandeling. We concludeerden dat de patiënt ook in deze keuze centraal moet staan. Geen affiniteit met technologie of (ernstige) cognitieve problemen? Fysiek consult. Twee uur rijden voor een evaluatie van de behandeling? Videoconsult. De fitgroep werd weer fysiek; het fysieke- en lotgenotencontact wordt als zeer waardevol ervaren. Stuk voor stuk afwegingen waarbij de klinische blik van belang blijft.

Al met al hebben we er nieuwe revalidatietools en -vaardigheden bij. Met de patiënt wordt besproken wat het beste bij hem past en hier richten wij onze zorg op in, indien mogelijk in samenwerking met de eerstelijnscollega's. De juiste zorg op de juiste plek!



Guido Limburg, fysiotherapeut Neurorevalidatie, divisie Hersenen, Revalidatie & Sportgeneeskunde, UMC Utrecht

G.Limburg-2@umcutrecht.nl